45e Année. — N° 4. Vendredi 28 Janvier 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Rupture longitudinale du cartilage semi-lunaire interne du genou; arthrotomie; guérison, par le Dr Le Bec, 49. — **Clinique obstétricale** : Sur un cas d'accouchement. Contracture du col. Inertie utérine, par le Dr Bimsenstein, 50. — **Revue de la presse** : Du refroidissement comme cause morbide, 52. — **Académie des sciences** : *Séance du 17 janvier* 1898. Présidence de M. Wolf. — Bacilles du béribéri, 53. — Sexe et dyssymétrie moléculaire, 53. — **Académie de médecine** : *Séance du 25 janvier* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Traitement chirurgical des gastrorrhagies, 56. — Traitement opératoire des flexions utérines par l'hystérectomie vaginale cunéiforme, 56. — La saignée, les vomitifs et les vésicatoires, 56. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 21 janvier* 1897. Présidence de M. Sevestre. — Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète, 57. — Présence du bacille diphtérique dans les organes, 58. — Sur les formes symptomatique de la diphtérie, 58. — Lésions médullaires dans la maladie de Parkinson, 58. — Méningite suppurée localisée due au micrococcus tetragenes, 58. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 23 janvier* 1898. Présidence de M. Voisin, 59. — Discussion du rapport de la Commission sur les réformes à apporter aux expertises médico-légales, 59. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 31 juin* 1897. Présidence de M. Dromain, 59. — **Société de chirurgie** : *Séance du 26 janvier* 1898. Présidence de M. E. Delens, 61. — **Corespondance** : Le traitement du goitre exophtalmique, 61. — **Nouvelles**, 62. — **Bulletin bibliographique**, 64.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Rupture longitudinale du cartilage semi-lunaire interne du genou; arthrotomie; guérison,

Par le Dr Le Bec,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

Observation. — Henri F..., électricien, a eu la variole à l'âge de 9 ans et l'influenza à 14 ans. Ce sont les seules maladies dont il a souffert.

Le malade a toujours été vigoureux et faisait beaucoup de gymnastique. Il y a dix-huit mois, il jouait aux échasses avec un de ses amis. Une échasse cassa et il tomba à la renverse, la jambe droite pliée sous les fesses, avec rotation en dehors de la jambe et du pied. Il ressentit une douleur assez vive au genou, se releva seul et rentra chez lui en boitant. Cependant, trois jours après, il recommençait ses exercices gymnastiques. En faisant de la voltige, au moment où il se laissait tomber d'un trapèze, il ressentit une vive douleur dans le genou droit, *surtout en dedans*, il tomba et, quand il voulut se relever, sa jambe resta fléchie. Il dut rentrer chez lui en sautant sur la jambe gauche.

Il alla trouver une rebouteuse qui lui dit qu'il avait le genou luxé et fit des manœuvres de réduction. Le malade continua à souffrir du genou et à marcher très péniblement. Un autre empirique consulté fit du massage qui améliora le malade. Pendant trois ans, il ne ressentit qu'une gêne assez légère pendant la marche, mais le saut lui était impossible.

De temps en temps, quand il portait sur son dos une forte charge, le genou droit craquait, et le malade ressentait une douleur aiguë. Il s'arrêtait, posait sa charge, fléchissait fortement le genou, l'allongeait et recommençait à travailler.

Il y a six mois, à la suite d'un accident semblable, les mouvements imprimés à la jambe ne produisirent pas cet heureux résultat. Le malade dut s'aliter deux jours. Enfin, en prenant un bain, il réussit à obtenir l'effet désiré, par des mouvements répétés de flexion, et il put marcher en sortant du bain.

Ces mêmes phénomènes se reproduisirent plusieurs fois.

Le 2 avril 1897, sans faire de mouvements, tout en restant assis, le malade ressentit la même douleur dans le genou, et ne put remettre les choses en place.

Il entre le 4 avril dans mon service à l'hôpital Saint-Joseph.

Etat local : Homme vigoureux et de bonne apparence, bien qu'un peu pâle.

Le genou n'est pas déformé. On ne remarque absolument aucune saillie anormale, ni dans la flexion ni dans l'extension. Pas d'hydarthrose. La pression est douloureuse, au niveau de la face interne du genou, à l'insertion du ligament latéral interne.

Le malade tient sa jambe étendue et ne peut la fléchir de lui-même et, quand on provoque ce mouvement, on détermine une vive douleur.

Au repos le malade ne souffre pas, mais quand il est debout, il s'appuie avec peine sur le membre droit, et marche comme si le genou était ankylosé. J'ajoute que l'examen le plus attentif ne permet pas de reconnaître la saillie formée par un corps flottant intra-articulaire.

Tous ces symptômes font d'abord penser à un corps flottant du genou, mais comme le corps étranger n'est jamais retrouvé, que la douleur est toujours dans un point fixe, limité à l'insertion du ligament falciforme interne, et que tout est survenu à la suite d'une chute, la jambe fléchie en rotation externe, on s'arrête à l'idée d'une luxa-

tion récidivante du fibro-cartilage semi-lunaire interne, avec peut-être une partie détachée.

On essaya d'abord d'obtenir une amélioration par l'immobilisation dans un appareil plâtré circulaire maintenu pendant un mois. Au bout de ce temps, on constata que le genou contenait une grande quantité de liquide. La pression au niveau du cartilage interne est toujours aussi douloureuse et la marche est aussi pénible qu'avant le bandage. Je me décide à faire une ouverture de la synoviale, pour voir quel est le meilleur parti à prendre.

Opération le 31 mai 1897. Je fais une incision longitudinale de 10 centimètres sur le côté interne du genou, en avant du ligament latéral interne. Je divise les plans fibreux qui partent de la rotule et la synoviale. Il s'écoule une certaine quantité de synovie. J'explore l'articulation qui ne contient pas de corps flottant. Je puis alors voir distinctement en bas et en dedans une masse jaunâtre, très mobile. En la tirant avec une pince, je constate qu'elle est formée par le cartilage semi-lunaire interne, qui se détache de ses insertions au tibia en avant.

Le fibro-cartilage a subi une lésion importante. Il est divisé en deux à sa partie moyenne par un trait oblique, de telle sorte que le trait de séparation est très oblique et forme deux lambeaux qui se meuvent par leur extrémité taillée en biseau. C'est un des bouts du biseau qui est détaché et flotte dans l'articulation, et vient se faire pincer entre le fémur et le tibia.

Toute suture des fragments me semble impossible à faire tenir solidement, je me décide à enlever toute la partie antérieure. Cela fait, je constate que le segment postérieur n'est plus adhérent que tout à fait en arrière, au niveau de l'insertion postérieure, et que dans les mouvements de flexion ce fragment se relève et vient se placer sur le condyle du fémur où il est pincé. Je l'enlève comme le fragment antérieur.

Lavage de l'articulation au sublimé pour enlever les caillots qui se sont formés. Suture au catgut de la synoviale et à la soie des plaies fibreuses, et au crin de Florence de la peau. Drainage.

Les suites furent très simples, le drain et la suture cutanée furent enlevés le 10e jour. Tout était réuni.

On commence les mouvements de flexion le 15e jour.

Le malade se lève le 16e jour et marche seul. La jambe est un peu rigide, mais nullement douloureuse.

Exeat le 20e jour.

Les luxations avec déchirures du cartilage semi-lunaire sont assez rares pour que tous les cas méritent d'être publiés. Notre cas en est un exemple très net, bien que le diagnostic n'ait pas été fait. Il est, en effet, presque impossible à prouver avant l'opération, car les signes se confondent avec ceux des corps étrangers et de la luxation simple du cartilage semi-lunaire. Il ne semble pas même qu'on l'ait jamais fait avec précision. Roux, de Lausanne (*Congrès de Chirurgie*, 1875), a fait une étude fort intéressante de la méniscite traumatique aiguë — ou inflammation aiguë du cartilage semi-lunaire. Il nous explique que cette affection est caractérisée par une turgescence des espaces lymphatiques, une hypertrophie inflammatoire du ménisque dans son bord fibreux, mais il ne nous explique pas la manière de reconnaître d'une façon certaine la rupture du ménisque.

En 1893, au Congrès des médecins allemands, Brock cita une opération de Madelung, faite pour un cas fort semblable au nôtre, et dont voici le résumé : Entorse grave, hématome, guérison lente, récidive de l'entorse, accidents de plus en plus fréquents de l'entorse, on finit par sentir le ménisque saillant en avant. Tous ces accidents durent trois ans. Madelung finit par faire une incision, et trouve la partie antérieure du ménisque rompue, déplacée et pincée entre les surfaces articulaires. Il en réséqua 3 centimètres. La guérison fut complète.

Lauenstein cita alors la guérison d'un jeune matelot qui eut le même accident et fut opéré avec succès, un mois après l'accident.

En 1894, Lardy, dans la *Revue de Chirurgie*, cite deux cas très instructifs. Dans le premier, on trouva le ménisque divisé suivant sa longueur, une des moitiés flottait d'avant en arrière dans la jointure. C'est exactement notre cas. On enlève les 2/3 antérieurs.

Dans le second cas le ménisque fut enlevé partiellement. Il était rompu en travers et les 2/3 postérieurs ne tenaient que par un fil à l'insertion tibiale postérieure. Le ménisque était en partie ossifié.

Bruns faisant une étude sur la luxation du mérisque cite 35 cas. On fit la suture du ménisque au périoste du tibia onze fois, et on enleva le tout vingt-quatre fois ; tous guérirent également bien. Il conseille la suture dans la luxation comme devant moins troubler les fonctions du genou.

Je pense qu'il faut la faire quand elle est possible, mais elle ne l'est pas dans les cas analogues aux nôtres. Elle ne peut pas se faire quand le cartilage est rompu dans le sens de sa longueur, car il n'y a pas de place pour fixer solidement un fil, et comme la statistique de Bruns a prouvé que les fonctions du genou ne sont pas troublées par l'enlèvement du cartilage semi-lunaire, c'est à l'enlèvement de la partie flottante qu'il faut avoir recours.

MAR 27 1899

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Sur un cas d'accouchement. Contracture du col. Inertie utérine (1),

Par le Dr Bimsenstein.

Vers la fin d'octobre dernier, je fus mandé un soir auprès d'une femme en couches par une sage-femme, pour terminer, par une application de forceps, un travail qui, malgré des douleurs énergiques durant depuis dix-huit heures, n'aboutissait pas.

(1) Communication à la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

Il s'agissait d'une primipare de 25 ans d'une très forte, ou mieux d'une très grosse corpulence. Le périné très charnu, la vulve très étroite et d'une sensibilité peu ordinaire, ne me permirent pas tout d'abord de pratiquer un examen digital complet. Je sentis cependant très manifestement une tête descendue assez bas, et crus avoir contourné, avec le doigt, les parois de ce qui me semblait être le col utérin, effacé suivant un diamètre de sept à huit centimètres. La sage-femme, que je connaissais comme suffisamment experte, ayant affirmé bien haut que tel était en effet l'état du col, je mis la femme en travers du lit, pour faire une exploration complète, et intervenir, s'il y avait lieu, par une application de forceps. Mais l'intervention ne fut annoncée qu'avec force réserves. Bien m'en prit, car l'introduction du doigt, plus facile dans cette position, m'amena à des constatations qui devaient jeter la consternation au milieu de la famille, et la confusion chez notre imprudente sage-femme. Le col en effet était absolument fermé ; il n'y avait aucun degré d'effacement ! Et ce qui avait été pris pour le col, n'était qu'un repli habilement façonné des parois vaginales !

La première émotion calmée, après force explications plus ou moins embarrassées, nous prîmes le parti d'attendre patiemment. Les douleurs sont fortes, rapprochées, mais hélas ! peu efficaces. Au bout de six heures, la dilatation n'atteint pas un centimètre. Deux heures après, même point. Il s'agit manifestement d'une contracture du col, contre laquelle les efforts de la nature seront impuissants. Me rappelant un cas absolument semblable à mes débuts dans la profession, je me décidai à renouveler une pratique qui jadis m'avait réussi : elle consista à faire avec les ciseaux une double incision en haut et en bas du col. Dès ce moment, les douleurs aidant, la dilatation marche avec un peu moins de lenteur. Six heures après, elle est d'environ six ou sept centimètres. Mais les progrès sont infimes. L'enfant commence à souffrir, la mère est exténuée. Trouvant le col, malgré son épaisseur, légèrement dilatable, je me décide enfin à tenter une application de forceps. La première branche est mise en place avec assez de difficulté ; mais pour la seconde, l'introduction de la main provoque de telles douleurs et de tels cris que force m'est de renoncer à terminer l'opération, en attendant l'arrivée d'un confrère qui sera chargé d'administrer le chloroforme. Avec le concours du Dr Belangé, et après de grandes difficultés, nous procédons enfin à l'extraction d'un vigoureux enfant, légèrement asphyxié, mais bien vite rappelé à la vie. Le périné présente une déchirure assez étendue à laquelle je remédie par trois points de suture. Pas d'autre accident. La malade exténuée est reportée dans son lit, et nous pouvons tous aspirer à un repos justement mérité.

Les suites sont tout d'abord des plus favorables. Pas l'hémorragie. La regression de l'utérus, quoique un peu lente, s'accomplit assez normalement, si bien que vers le quinzième jour, la matrice me paraissant occuper le petit bassin, j'autorise la malade à se lever une heure. Le lendemain matin, je ne fus pas peu surpris de retrouver l'utérus sous mes doigts explorant la cavité abdominale. Il s'est produit dans la nuit un léger écoulement de sang, en même temps que des douleurs ont apparu dans le bas-ventre. L'utérus remonte maintenant presque au niveau de l'ombilic. Que s'était-il donc passé ? J'en suis encore à rechercher en ce moment une explication plausible. L'utérus n'avait donc pas subi son mouvement de regression, et restant mou, avait-il échappé à mon exploration manuelle ? J'ai peine à le croire : car cette flaccidité remontant à quinze jours, durée bien anormale, eût certainement donné lieu à une hémorrhagie, alors que je n'avais constaté que les lochies habituelles. Faut-il supposer que les efforts d'une première levée ont amené une hémorrhagie et que l'accumulation du sang dans la matrice a produit une distension des parois utérines ? J'ignore si le fait est physiologiquement possible, bien que peu porté à le croire. Quoiqu'il en soit, l'utérus est gros, distendu, remontant à l'ombilic, donnant presque la sensation d'un utérus récemment débarrassé de son délivre.

Je prescris des injections vaginales très chaudes et le repos au lit le plus complet. Cette médication n'amène aucun résultat. Les jours suivants, la situation reste la même bien que l'écoulement de sang soit insignifiant. Bientôt s'ajoute un phénomène qui ne laisse pas de m'inquiéter. La fièvre fait son apparition avec des oscillations très marquées de 37° le matin à 38°,5 ou 39°,5 le soir, comme s'il s'agissait d'une résorption putride. Le sulfate de quinine largement administré, les toniques, les injections restent impuissants à modifier l'état local, et à empêcher l'état général de commencer à devenir mauvais.

Pensant alors que l'utérus, atteint d'inertie, ne peut arriver à expulser les caillots sanguins qu'il contient, je propose au Dr Potherat, appelé en consultation, de pratiquer une injection intra-utérine. Notre savant confrère partage ma manière de voir et procède à l'opération. A notre grand étonnement, l'eau ne ramène que quelques petits caillots. Nous sommes d'avis de continuer les injections vaginales chaudes et d'appliquer en permanence des cataplasmes chauds sur le ventre.

Les jours suivants, la situation ne se modifie pas, mais le Dr Potherat est d'avis de différer toute intervention, persuadé que l'utérus, par les seuls efforts de la nature, arrivera à se contracter et à reprendre son volume normal. C'est ce qui arriva. La fièvre alla en diminuant, l'utérus peu à peu reprit son volume et sa position ordinaires, et au bout de quinze jours la malade pouvait quitter son lit complètement guérie.

Il ressort de cette observation deux faits principaux intéressants au point de vue pratique. Ce sont la contracture exagérée du col utérin, et l'inertie utérine tardive.

La contracture du col entraîne une symptomatologie spéciale qu'il est utile de bien connaître, si l'on veut éviter de cruelles méprises. Voici comment les choses se passent. Sous l'influence des douleurs utérines, généralement énergiques et soutenues, la tête descend dans le petit bassin, se coiffant de la paroi utérine qui s'amincit de plus en plus au point de faire croire à sa disparition complète. Comme en même temps le col se trouve rejeté de plus en plus en arrière et en haut, devenant ainsi très difficilement accessible, l'illusion ne tarde pas à être complète pour peu que les parois vaginales se laissent délimiter à la circonférence, au niveau de la tête. On croit alors à une dilatation suffisante du col : de là, une tentation naturelle à intervenir, et les conséquences fâcheuses d'une si grave et somme toute si peu honorable méprise.

La seconde anomalie à retenir dans notre observation est l'inertie utérine qui s'est manifestée suivant un processus et une symptomatologie peu ordinaires. Que dire en effet et que penser d'un utérus qui se distend au quinzième jour de l'accouchement après être resté silencieux jusque-là? C'est un fait assurément anormal, et d'une grande rareté.

Un dernier mot sur la médication qui a été opposée aux divers accidents que nous relatons chez notre accouchée. En premier lieu j'insisterai sur l'innocuité et sur tout sur l'efficacité des incisions multiples sur le col contracturé. Ces incisions je les ai pratiquées au moyen de ciseaux conduits le long de l'index gauche. Dans un cas semblable, j'avais autrefois employé un bistouri boutonné dirigé de la même façon. Les deux instruments sont bons, mais le bistouri est préférable, si le col reste haut placé. Nous pensons que ces incisions, dans les cas de contracture irréductible, sont le seul remède utile, et que les frictions à la pommade belladonée, indiquées par les auteurs, sont purement illusoires.

Est-ce à dire toutefois que dans notre observation la contracture était irréductible, et qu'on ne pouvait attendre un heureux résultat des seuls efforts de la nature? La chose n'est pas impossible, mais au prix de quels sacrifices! Quel aurait été le degré d'épuisement de la mère, si elle eût dû encore prolonger de 12 ou 24 heures la lutte qu'elle soutenait depuis 36 heures contre un obstacle infranchissable? En second lieu, n'était-ce pas sacrifier sûrement l'existence de l'enfant, qui, au moment de l'intervention, commençait à donner des marques non douteuses de souffrances? Pour toutes ces raisons, nous nous félicitons d'être intervenu comme nous l'avons fait.

Le traitement opposé aux suites de l'inertie utérine présente également quelque intérêt. Les injections vaginales chaudes, les cataplasmes sur le ventre, bientôt remplacés par la compression ouatée, les toniques, le sulfate de quinine à haute dose, en un mot un traitement purement médical ont eu raison de tous les accidents. Et cependant que d'indications n'aurait pas manqué de trouver un médecin pressé d'agir ou de briller pour justifier une intervention comme le curettage ou quelque autre opération dont la gynécologie est de nos jours si prodigue!

REVUE DE LA PRESSE

Du refroidissement comme cause morbide, par A. Chelmonski (*Deutsche Archiv. Klinf. Med.*). — Malgré l'importance reconnue aux microorganismes comme causes pathogènes, beaucoup de médecins font encore jouer un rôle important au refroidissement. Cependant peu de travaux rigoureux ont été faits pour établir la réalité de cette cause, et on n'a guère discuté que des hypothèses. L'action nuisible du froid sur l'organisme peut se traduire soit par des lésions locales, soit par des troubles généraux. Aux premières appartiennent l'engelure ou congélation. L'action générale du froid peut se traduire par l'épuisement, même une paralysie cardiaque, des troubles du système nerveux, de la nutrition, etc. Certains processus inflammatoires, le rhumatisme, le catarrhe du nez, des bronches, du larynx, les inflammations thoraciques, les néphrites, certaines névralgies reconnaîtraient surtout le refroidissement pour étiologie. Cependant l'action pathogène du froid n'est pas en rapport direct, par exemple, avec l'abaissement de la température. Il faut faire intervenir certains facteurs autres, sans quoi on ne comprendrait pas pourquoi les maladies dites par refroidissement sont peut-être plus fréquentes dans les pays qui ne sont pas particulièrement exposés à des hivers rigoureux. On ne verrait pas pourquoi non plus le froid employé en thérapeutique jouirait d'une action favorable dans l'organisme, pour le défendre même contre les maladies attribuées au refroidissement. Le froid n'agit donc pas par le simple abaissement de la température, et l'on remarquera que si l'excitation froide des pratiques hydrothérapiques n'a pas d'action nuisible, c'est qu'elle est suivie d'une réaction, c'est-à-dire de l'hypérémie de la peau. Les impressions thermiques à un degré moyen sont à ce titre plus dangereuses que celles qui se produisent à un degré plus bas, parce qu'elles n'amènent pas de réaction. Toutefois, même si l'on attribue au refroidissement qui se produit dans ces conditions une action pathogène, l'analyse physiologique montre que le refroidissement ne peut provoquer que des troubles circulatoires dans les réseaux vasculaires, mais non pas une inflammation véritable. Le rôle étiologique du refroidissement consiste dans une simple prédisposition, tandis que les parasites représentent la cause prochaine, la cause efficiente.

Chelmonski a étudié la rapidité de la réaction chez différents sujets et dans diverses conditions morbides. Il a vu ainsi que le temps de la réaction, chez le même individu, n'est pas toujours le même et se montre plus ou moins rapidement. Elle est plus rapide chez les

individus jeunes. Mais il est encore difficile de dire en quoi certains états morbides peuvent influencer la réaction. Une inflammation rénale, des états fébriles paraissent retarder la réaction, dont l'apparition ne dépend ni de l'état de la nutrition générale ni de la sensation plus ou moins froide pour une même température éprouvée par le sujet. L'action pathogène du froid a ainsi été exagérée et cette idée erronée a conduit à des principes faux en hygiène, comme le calfeutrage pendant l'hiver, l'absence de soins de propreté de la peau, etc.

Le refroidissement ne peut produire ses effets fâcheux que si la réaction ne se produit pas, ce qui peut arriver soit parce que l'impression thermique n'est pas assez froide, soit parce que l'organisme ne réagit pas. Pour éviter à l'organisme cette paresse dans la réaction, il faut éviter le chauffage trop intense qui épuise l'excitabilité des vasomoteurs, ainsi que le système nerveux. S'il se produit chez un individu un refroidissement se traduisant par le frisson, la congélation de la peau, le mieux est de provoquer le plus tôt possible une réaction cutanée, soit par le mouvement, soit par des excitations thermiques très froides.

Chelmonski conclut de son travail que le refroidissement pris dans le sens habituel n'existe pas et qu'il joue un rôle étiologique très accessoire dans les maladies, rôle qu'il faut réduire à une action prédisposante. Le degré de la réaction cutanée à une excitation thermique donnée indique la possibilité pour un individu donné de se refroidir dans certaines conditions.

Mais le degré de la disposition au refroidissement n'est pas constant chez le même individu.

Les vieillards, les fébricitants et les brightiques paraissent plus prédisposés que d'autres aux maladies par refroidissement.

Les précautions généralement prises contre le froid sont non seulement accompagnées d'un résultat inverse de celui qu'on attend, mais elles exposent l'organisme à un danger beaucoup plus sérieux que le refroidissement lui-même. Le seul moyen de se garantir contre les maladies par refroidissement est de développer la fonction de réaction aux excitations thermiques par des exercices et des moyens appropriés. L.-J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 janvier 1898. — Présidence de M. Wolf.

Bacilles du béribéri. — M. Gustave Nepveu. Les caractères purement morphologiques des bacilles dans le béribéri sont tout à faits spéciaux. Aussi, malgré l'absence de cultures et de preuves expérimentales, genre de recherches qu'on ne peut faire qu'avec des liquides frais, dans les pays d'origine, sous les tropiques, je me crois autorisé à dire que c'est bien au bacille spécifique du béribéri que j'ai eu affaire.

Les pièces anatomiques qui m'ont servi pour cette étude viennent toutes du Sénégal ; elles ont été recueillies dans les meilleures conditions.

Les bacilles dans le béribéri se présentent sous trois formes : le grand, le moyen, le petit bacille.

Ces trois formes bacillaires sont-elles distinctes ? Les grands et moyens bacilles me paraissent être de même nature et fort analogues aux bacilles du choléra des poules et de la septicémie du lapin. Je n'oserais affirmer, vu l'extrême petitesse du petit bacille, que les premiers dérivent ou se rapprochent du dernier, ce qui me paraît probable. Les deux dernières formes s'observent dans le sang de tous les organes : rate, reins, foie, moelle épinière, etc.

Sexe et dissymétrie moléculaire. — M. Félix Le Dantec. Les découvertes récentes tendent à généraliser de plus en plus la notion de sexualité et à l'étendre à presque toutes les espèces connues, sauf peut-être quelques-unes très inférieures. Les Coccidies elles-mêmes ne feraient pas exception à cette loi générale et présenteraient, dans leur cycle évolutif, des phénomènes de fécondation. La publication annoncée par le professeur Schenk, de Vienne, d'un procédé de procréation artificielle d'enfants mâles ou femelles à volonté, par le mode d'alimentation de la mère, m'engage à faire connaître une hypothèse sur la nature et l'origine du sexe, hypothèse à laquelle j'ai été conduit par des déductions logiques de faits biologiques connus et donc je poursuis, depuis quelque temps, la vérification expérimentale.

J'ai été amené, au cours d'une étude systématique de l'hérédité, à considérer l'*espèce* comme définie, chez les plastides, par la *qualité* chimique de leurs substances vivantes ou plastiques ; la *variété*, la *race*, l'étant au contraire par les proportions quantitatives de ces substances, *indépendamment de toute question de parenté*. Or, dans chaque race, dans chaque variété, il y a deux types différents : le type mâle et le type femelle. A quelle particularité peut donc tenir l'existence de ces deux types, caractérisés l'un et l'autre par les mêmes proportions de substances plastiques *de même qualité ?* Le raisonnement, présenté ainsi, conduit à une réponse immédiate : il faut que chaque qualité de substance plastique ait elle-même deux types différents, *quoique de même composition chimique*, et l'on est immédiatement amené à chercher ces deux types dans la dissymétrie moléculaire, hypothèse d'autant plus vraisemblable que les protoplasmas sont connus pour être des corps dissymétriques.

Il suffit que *quelques-unes* des substances plastiques des plastides aient un type dissymétrique droit et un type dissymétrique gauche ; la prépondérance de l'un ou l'autre type déterminerait le sexe du plastide, et cette prépondérance serait naturellement plus accusée dans les éléments sexuels mâles ou femelles, dans les quels l'un de ces deux types pourrait même exister à l'état de pureté...

La vérification expérimentale de l'hypothèse précédente est beaucoup plus difficile qu'elle ne le paraît au premier abord. Les éléments sexuels sont très petits ou bien sont encombrés d'une quantité considérable de vitellus nutritif qui gêne les observations en lumière polarisée. Beaucoup de substances nutritives sont elles-mêmes douées de pouvoir rotatoire et les combinaisons de substances actives les unes avec les autres donnent des produits dont l'étude optique est bien complexe. Il faudra étudier, au point de vue de la dissymétrie moléculaire, les aliments qu'utilisent les deux sexes ; mais une nouvelle difficulté s'introduira

dans cette étude, aussi bien que dans celle des produits excrémentitiels mâles et femelles, parce que, sauf peut-être dans les éléments sexuels, il y aura dans tous les plastides du corps un *mélange* de substances droites et gauches. En effet, même si l'on suppose que l'un des types de substance existe à l'état de pureté dans les éléments sexuels mâles et l'autre type dans les éléments femelles, l'œuf fécondé et, par suite, tous les tissus qui en dérivent, contiendra forcément, en vertu du phénomène même de la fécondation, un mélange de substances des deux types ; ce sera donc seulement la *prépondérance* de l'un ou l'autre type dans les tissus d'un être qui déterminera son sexe, et les substances alimentaires et excrémentitielles ne différeront, pour les deux sexes, que quantitativement.

La question de la nutrition est très importante, et c'est peut-être son étude qui donnera la solution du problème. On sait, en effet, que tel corps dissymétrique, susceptible de se combiner avec le type droit d'un autre corps également dissymétrique, peut-être incapable de se combiner avec le type gauche du même corps. M. Pasteur a trouvé une Mucédinée qui, dans une solution de paratartrate d'ammoniaque, se nourrissait *uniquement* de tartrate droit sans toucher au tartrate gauche ; on connaît aujourd'hui d'autres espèces vivantes jouissant d'une propriété analoge et aussi des bactéries qui donnent, comme produit excrémentitiel, une substance droite ou gauche à l'exclusion du type opposé. *Or ceci se produit chez des êtres dans lesquels on n'a jamais vu de fécondation*, ce qui serait déjà un argument en faveur de l'hypothèse d'une relation entre le sexe et la dissymétrie moléculaire. Il y aura là un exemple de *sexe absolu*, sans sexualité, telle espèce ne contenant peut-être que le type droit d'une ou plusieurs substances plastiques, à l'exclusion du type gauche.

La maturation de l'ovule par expulsion des globules polaires serait une épuration donnant un plastide absolument femelle (présence exclusive d'un type dissymétrique donné) chez un être dont les autres tissus présentaient seulement la prépondérance du type femelle ; ce serait le contraire pour la maturation du spermatozoïde chez le mâle.

A la fécondation, le sexe de l'œuf serait déterminé par la prépondérance des substances droites ou gauches apportées par l'ovule et le spermatozoïde et serait donc mâle ou femelle suivant que le spermatozoïde serait plus *frais* que l'ovule ou réciproquement (1), puisque, depuis leur maturation jusqu'à la fécondation, les éléments sexuels, plastides incomplets, sont à l'état de destruction plastique lente.

Mais le sexe de l'œuf, ou du moins de l'être qui en résulte par développement embryologique, pourrait être ensuite modifié par l'alimentation suivant la nature droite ou gauche des aliments, telle substance plastique droite se multipliant plus vite que sa congénère gauche dans un milieu où dominerait un type donné d'aliments dissymétriques, ce qui ferait succéder la prépondérance du type droit à la prépondérance initiale du type gauche. C'est par des phénomènes de cette nature qu'on pourra expliquer, il me semble, les expériences de détermination du sexe par l'alimentation, comme celles de Molliard sur le chanvre et celles qu'annonce en ce moment le professeur Schenk.

L'hypothèse que je viens d'exposer se vérifie *a posteriori* par la facilité avec laquelle elle permet d'expliquer des phénomènes très généraux et très bien connus, comme l'attraction du spermatozoïde par l'ovule, le rajeunissement karyogamique des ciliés, la stérilité de certains hybrides, le retour à la forme ancestrale des produits de croisement, la ressemblance tantôt croisée, tantôt directe, du père avec la fille et de la mère avec le fils, etc. Il importe cependant de mettre en évidence expérimentalement la relation entre le sexe et la dissymétrie moléculaire des substances plastiques ; je m'en occupe pour ma part, et je voudrais que cette notion nouvelle intéressât quelques savants mieux armés que moi pour les recherches d'optique physique.

M. Edmond Perrier présente, au sujet de la note de M. Le Dantec, les observations suivantes :

Les nombreuses recherches dont l'origine des éléments génitaux et de leurs caractères distinctifs a été l'objet, aussi bien dans le règne animal que dans le règne végétal, ont donné, dans les deux règnes, des résultats concordants de nature à légitimer les recherches expérimentales dans lesquelles M. Le Dantec est engagé, et qui auraient, si l'on en croit certains bruits, abouti, dans le laboratoire du professeur Schenk, à des résultats effectifs. Il y a déjà, dans le règne animal, des exemples de détermination du sexe : les plus remarquables sont relatifs aux Abeilles (Dzierzon) et aux Rotifères (Maupas) ; dans les deux cas, les œufs non fécondés évoluent de manière à donner naissance à des mâles, tandis que les œufs fécondés donnent régulièrement naissance à des femelles. Il semble, au premier abord, que ces phénomènes de détermination du sexe se présentent avec un caractère tout à fait exceptionnel, puisque la règle, aussi bien dans le règne végétal que dans le règne animal, est que les œufs non fécondés ne se développent pas. Toutefois, si l'on considère que les Insectes et les Rotifères sont des animaux très éloignés ; que si le mode de reproduction des Abeilles, malgré l'identité dans la cause de la détermination du sexe, est très différent de celui des Rotifères, il y a d'autres Arthropodes où les choses se passent à très peu près comme chez ces derniers (*Branchipus*, *Apus*, Cladocères, divers Ostracodes, *Cynipidæ*, Pucerons, Cochenilles) ; il faut bien reconnaître qu'il y a là quelque chose de général. Chez tous ces animaux, en effet, des individus, issus d'œufs normalement fécondés, produisent des œufs qui, sans fécondation, donnent naissance à des individus semblables à celui d'où ils proviennent, et jouissent de la même faculté de se reproduire sans fécondation, faculté dite de *parthénogénèse* ; la série de ces reproductions parthénogénétiques est close par l'apparition de mâles et de femelles qui s'accouplent. Les femelles pondent des œufs différant par des caractères très nets des œufs parthénogénétiques ; en particulier, leur développement présente toujours un temps d'arrêt, tandis que le développement des œufs parthénogénétiques est immédiat.

Les recherches de M. Maupas ont éclairé le phénomène de la production des individus sexués chez les Rotifères, et il est vraisemblable que des résultats analogues pourraient être obtenus dans tous les groupes où l'on observe la même succession de phénomènes. Lorsqu'un individu producteur d'œufs parthénogénétiques est soumis à une température supérieure à 20°, *avant qu'il ait pondu ou même que ses*

(1) Si l'on suppose, naturellement, que, chez l'ovule *frais*, la quantité des substances d'un type dissymétrique est à peu près équivalente à la quantité des substances du type opposé dans le spermatozoïde *frais*. Cela n'a pas toujours lieu et l'on connaît bien des exemples d'unions dans lesquelles le sexe d'un des conjoints est prépondérant.

œufs aient atteint un certain degré de développement, les œufs qu'il pondra donneront naissance à des individus différant assez souvent de leur progéniture par certains caractères extérieurs, en différant toujours par les dimensions plus petites de leurs œufs. Les producteurs de ces petits œufs sont les véritables femelles. Seules, en effet, elles sont aptes à être fécondées, *à l'exclusion des individus producteurs de gros œufs* ; ces individus ne peuvent donc pas être considérés comme sexués. L'élévation de la température a eu pour effet de faire apparaître non pas le *sexe*, mais la *sexualité* c'est-à-dire l'*aptitude à produire des individus d'un sexe déterminé*. Effectivement, si ces femelles ne sont pas fécondées, de leurs œufs qui se développent immédiatement ne sortent que des mâles. Si l'un de ces mâles vient à s'accoupler avec une femelle, l'œuf de celle-ci change de caractère, se rapetisse encore, se revêt d'une coque opaque diversement ornementée et son contenu, après avoir atteint un degré plus ou moins avancé de développement, passe à l'état de vie ralentie ; ces œufs sont de véritables kystes permettant à l'embryon de traverser les périodes critiques de l'année.

Malgré les apparences, la température n'ayant rien à faire avec la différenciation des sexes chez les Rotifères, cette différenciation chez ces derniers est ramenée au cas bien connu des abeilles, et l'on doit se demander comment il se fait que la sexualité puisse être distincte de la différenciation sexuelle. Toutes les recherches récentes sur les éléments sexuels ont montré que ces éléments présentaient un caractère commun, par lequel ils diffèrent des éléments constitutifs de l'organisme qui les produit. Au cours de leur multiplication on reconnaît dans le noyau de ces derniers la présence de corpuscules spéciaux en forme de U ou de Y, fortement colorables par le carmin; ce sont les *chromosomes*. Ces corpuscules sont en nombre constant pour chaque organisme : soit 2 *n*, ce nombre; il est réduit de moitié dans les éléments sexuels et égal à *n*, aussi bien chez les végétaux que chez les animaux. De nombreuses observations, portant sur divers types, rendent très vraisemblable que l'absence de sexualité chez les œufs parthénogénétiques des Rotifères tient à ce qu'ils n'ont pas subi cette réduction du nombre des chromosomes; l'élévation de la température la détermine; elle permet dès lors la formation des éléments mâles et des œufs véritables.

La question se pose maintenant de déterminer la cause de la réduction du nombre des chromosomes qui caractérise les éléments sexuels. Un point qui semble de plus en plus fermement établi, c'est que les deux sortes d'éléments sexuels sont dérivées d'un élement reproducteur commun, primitivement asexué ; cet élément, apte d'abord à se développer directement, a perdu ensuite cette faculté, comme s'il était devenu incomplet ; le développement n'est demeuré possible que par suite de l'union de deux éléments d'abord semblables (*conjugaison*), mais qui, par la suite, sont devenus très dissemblables; et comme, dans cette union, un des éléments, le plus gros, dit *élément femelle*, paraissait absorber l'autre, il a semblé qu'il était l'élément principal et que l'union des deux éléments avait pour but sa *fécondation*. Du fait que les éléments sexuels ont été primitivement semblables il résulte que *l'explication de leurs caractères communs, en particulier de la réduction du nombre de leurs chromosomes, doit s'appliquer à l'un comme à l'autre*. Cette explication pour la phase où les deux éléments sont encore semblables et pour l'élément femelle se déduit clairement des faits déjà connus. L'élément femelle est caractérisé par l'abondance du protoplasme qui entoure son noyau, par la richesse de ce protoplasme en substances nourricières. Or, il résulte des recherches de M. Maupas sur les infusoires que la production du protoplasme et des matériaux de réserve, est sous la dépendance de la substance des chromosomes, et qu'à ce travail cette substance s'use au point, que son renouvellement devient, au bout d'un certain temps, nécessaire (*rajeunissement karyogamique*). Le noyau des éléments reproducteurs n'échappe pas à cette loi : il s'use et c'est au cours de l'expulsion de ces parties usées que s'effectue, par l'expulsion des *globules polaires* ou *corpuscules de rebut*, la réduction du nombre des chromosomes de l'œuf. Un élément reproducteur riche en matériaux nutritifs n'ayant plus qu'un noyau usé ou réduit est incapable d'évoluer; de là la nécessité de la conjugaison ou de la fécondation qui restaure le noyau.

L'anthérozoïde des plantes et le spermatozoïde des animaux sont dans de tout autres conditions. Ce dernier surtout est caractérisé par l'absence de toute substance de réserve dans son protoplasme et par la réduction de ce dernier à ce qui est strictement nécessaire pour assurer sa locomotion, soit à l'aide de mouvements amiboïdes (*Nématodes*), soit à l'aide de mouvements vibratiles. Son noyau ne s'est donc pas usé ; il est cependant réduit et nous nous trouvons, ainsi que nous l'avons fait remarquer tout à l'heure, dans la nécessité paradoxale d'expliquer sa réduction par l'usure qui a déterminé cette réduction dans l'élément femelle.

On échappe à cette contradiction par l'application d'une des lois de l'hérédité qui intervient constamment, souvent dès la segmentation de l'œuf, dans les phénomènes embryogéniques, qui permet de les comparer et de les coordonner rigoureusement, mais à laquelle les embryogénistes se bornent d'ordinaire à faire allusion en termes inexacts ou dénués de précision, sans essayer d'en mesurer les effets. C'est la loi de la *tachygénèse* ou de l'*accélération embryogénique* dont j'avais déjà signalé l'importance en 1881. Elle exprime ce fait que l'*hérédité, en se substituant aux causes extérieures qui ont produit une succession donnée de caractères, tend à produire cette succession de plus en plus rapidement et arrive à le faire d'une manière tout à fait indépendante des causes qui l'ont déterminée*. En conséquence, il est tout à fait normal que la réduction du nombre des chromosomes, qui était primitivement un phénomène d'épuration du noyau, consécutif du travail et de l'usure de celui-ci, ait pu, dans certains cas, se produire, par hérédité, indépendamment de tout travail et de toute usure du noyau, d'une manière de plus en plus précoce. Il est évident qu'un noyau ainsi réduit sera peu capable de produire des matières alibiles et du protoplasme. L'application de la loi de la tachygénèse permet donc de prévoir la formation et les caractères d'éléments n'ayant que la moitié du nombre normal de chromosomes, n'ayant pas de réserves et peu de protoplasme, incapables d'évoluer par eux-même, mais capables d'apporter aux éléments qui n'ont pas été affectés par la tachygénèse justement ce qui leur manque pour évoluer. Le jour où ces éléments se sont régulièrement produits, les éléments mâles ont été réalisés.

Cette explication de l'origine des éléments mâles fondée sur la tachygénèse permet de comprendre pourquoi chez les animaux hermaphrodites le sexe mâle se développe généralement le premier (*protandrie*); pourquoi, dans les formes

bourgeonnantes fortement affectées de tachygénèse, un certain nombre de générations exclusivement mâles précèdent les générations femelles ou hermaphrodites (Botryllidæ, Pyrosomidæ); pourquoi les formes fixées ou parasites à développement rapide sont souvent des mâles rudimentaires (beaucoup de Cirripèdes, *Bopyridæ*, Rotifères, etc.), et même pourquoi la fécondation est susceptible de transformer des œufs qui, sans elle, ne produiraient que des mâles en des œufs qui produisent des femelles et dont le sexe semble, par conséquent, interverti.

C'est donc une différence dans la rapidité de la réduction des chromosomes, entraînant une différence fondamentale dans le mode de nutrition de l'élement, suivant qu'elle se produit plus tard ou plus tôt, qui distingue les éléments mâles des éléments femelles. Il n'est pas impossible de rattacher cette différence aux causes indiquées par M. Le Dantec; mais ces causes devront nécessairement se raccorder avec celles que nous venons d'indiquer ou les englober. Il n'y a rien d'invraisemblable, d'autre part, à ce qu'une différence dans le mode de nutrition des organismes producteurs des éléments sexués influe sur la façon dont s'accomplit, chez leurs descendants, la réduction karyogamique et provoque par conséquent l'apparition de tel ou tel sexe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 janvier 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend : une lettre de M. le ministre de l'Intérieur demandant l'avis de l'Académie sur le point de savoir dans quelle mesure il conviendrait de recommander aux établissements hospitaliers l'application de la fluoroscopie et de la radiographie dans le traitement des malades.

Traitement chirurgical des gastrorrhagies. — M. Duplay veut attirer l'attention sur la difficulté que l'on éprouve à trouver le point de l'estomac qui est malade dans les cas d'hémorrhagie. Dans l'observation de M. Dieulafoy, ce n'est pas après l'opération mais pendant la durée même de l'opération que M. Cazin a fait dans la veine du bras droit une injection de près d'un litre et demi de sérum. On a justement fait remarquer que, dans certains cas, ces injections de sérum suffisent à arrêter l'hémorrhagie.

Quelques jours avant le malade de M. Dieulafoy, une autre malade a été opérée dans mon service pour une hématémèse. Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans qui venait de se tirer dans le creux épigastrique un coup de revolver. Lorsque M. Cazin vit cette malade à la visite du soir, elle était sur le point de mourir d'hémorrhagie. M. Cazin n'hésita pas à faire une laparotomie, il trouva une plaie de l'estomac, fit une suture et la malade guérit.

Traitement opératoire des flexions utérines par l'hystérectomie vaginale cunéiforme. — M. le Dr Folet (de Lille) s'élève contre l'opinion courante qui fait de la plicature utérine dans les flexions un facteur accessoire et négligeable. Il redresse l'axe utérin en pratiquant sur la face de la matrice qui présente l'angle saillant (face antérieure ou face postérieure, selon que l'on a affaire à une retro ou à une antéflexion), l'excision d'un coin de paroi utérine sans entamer la muqueuse, et le rapprochement par des sutures des deux lèvres de l'incision elliptique transversale. Cette *cunéo-hystérectomie*, que Thiriar et Jonnesco ont faite par le ventre, il l'exécute par le vagin et la facilite en faisant franchir à l'utérus, par des tractions modérées sur les ligaments, l'incision du cul-de-sac antérieur ou postérieur. Cette luxation temporaire de l'utérus rend fort aisée la résection du coin musculaire et la suture.

La saignée, les vomitifs et les vésicatoires. — M. Alb. Robin. Je viens tenter une œuvre ingrate, la réhabilitation de la saignée, des vomitifs et des vésicatoires, en m'appuyant sur des recherches nouvelles.

La saignée est aujourd'hui à peu près abandonnée; on considère que ses effets immédiats sont absolument temporaires et que ses effets secondaires sont désastreux; on ne lui accorde aujourd'hui qu'une indication qui est l'urgence de la déplétion.

Les hémorrhagies peuvent être divisées en trois catégories : les hémorrhagies naturelles, les hémorrhagies pathologiques et les hémorrhagies thérapeutiques. Si l'on considère l'influence des hémorrhagies quelles qu'elles soient sur la nutrition, on voit que ces trois sortes d'hémorrhagies produisent les mêmes résultats sur les échanges généraux, c'est-à-dire que dans les trois cas elles excitent la nutrition.

Quant à leur influence sur les échanges respiratoires, on voit que tout s'accroît dans une proportion qui varie de 12 à 19 p. 100, pendant les règles, de 21 à 23 p. 100, dans les hémorrhagies pathologiques, et beaucoup plus encore pendant la saignée. Il y a donc toujours une suractivité considérable, en rapport avec la quantité de sang épanché.

Il en résulte un certain nombre de conclusions thérapeutiques. L'effet de la saignée justifie son emploi dans toutes les affections où la nutrition est en déchéance, à condition que cette déchéance soit la conséquence d'une diminution des actes nutritifs. Les émissions sanguines peuvent être utiles dans des états pathologiques fort dissemblables, lorsqu'il y a insuffisance des oxydations organiques.

La saignée peut rendre des services dans certains états infectieux. L'intoxication est causée par des microbes ou par des toxines; on se débarrasse de ces toxines en les éliminant ou en les oxydant; la saignée peut donc ici intervenir dans un certain nombre de cas.

Dans les autointoxications, en particulier dans l'urémie, la saignée augmente dans une proportion énorme la quantité d'oxygène absorbé et d'acide carbonique éliminé.

Ces recherches montrent combien est insignifiante l'influence des sels de potasse dans la production des accidents urémiques. En effet, une saignée de 200 à 250 grammes, qui n'enlève qu'une bien petite partie de la masse de sang et par conséquent des sels de potasse qu'il contient, produit souvent une action définitive.

Sous l'influence des vomitifs, il se produit des actes chimiques considérables, qui doivent les faire maintenir dans la thérapeutique; la ventilation devient beaucoup plus considérable; l'oxygène absorbé par les tissus augmente de 35 à 160 pour 100.

Cet accroissement des échanges gazeux, sous l'influence des vomitifs, tient d'abord à l'accroissement de la capacité pulmonaire, mais il tient surtout à l'augmentation de la ventilation. En plus de ces effets mécaniques, il y a un effet chimique considérable.

Les vomitifs ne sont pas sans présenter certains inconvénients; dans la pratique courante on ne fait pas vomir les vieillards, ce qui peut cependant avoir des avantages. Les vomitifs valent pour l'infection bronchique ce que valent les purgatifs pour l'infection intestinale.

On mène actuellement contre le vésicatoire la campagne la plus ardente et la plus injuste. Le vésicatoire appliqué chez des individus malades de pneumonie, de pleurésie, d'emphysème, augmente la ventilation, la proportion d'oxygène absorbé et combiné par les tissus. Dans les analyses, tandis que la saignée et les vomitifs ont sur les oxydations, la nutrition alimentaire et le mécanisme respiratoire, une action à la fois mécanique et chimique, le vésicatoire n'a qu'une action mécanique.

Je ne veux pas rechercher si les effets sont dus à la révulsion, à l'absorption de la cantharidine, je dis seulement qu'il est utile d'avoir en sa possession un moyen thérapeutique d'une action aussi constante et aussi puissante.

A un moment où toute la vieille thérapeutique est en train de crouler, il n'était pas inutile de rappeler l'attention sur trois moyens thérapeutiques que les anciens avaient fondés sur de longues et patientes observations cliniques.

M. Le Roy de Méricourt appelle l'attention sur l'utilité de l'ipéca dans quelques maladies des pays chauds, la diarrhée et les fièvres palustres.

M. Talbot. Je demande à ajouter une affirmation à celles qui viennent d'être apportées par M. Robin. Dans la thérapeutique des animaux, je n'ai pas cessé d'être partisan des trois moyens dont vient de parler M. Robin. Le cheval, habituellement très abondamment nourri, devient très pléthorique, très sanguin. Depuis trente-cinq ans, j'ai souvent constaté que les émissions sanguines sont très bien supportées et que le sang se reforme avec une très grande rapidité. Il n'y a donc pas à craindre que la saignée laisse le sujet pour longtemps anémique. La saignée est le meilleur traitement de beaucoup de maladies du cheval, en particulier de la pneumonie. L'amélioration est très rapide. Quelques instants après et d'une façon durable, la respiration devient plus facile et plus ample ; il y a à chaque inspiration une introduction plus considérable d'air dans l'appareil respiratoire. On prévient toujours ainsi une congestion généralisée du poumon qui sans cela emporterait souvent le cheval.

La saignée est indispensable dans la congestion de la moelle épinière, fréquente chez le cheval ; si l'on n'a pas recours à ce moyen, 9 fois sur 10 les animaux succombent. De même dans la congestion de l'intestin.

On ne peut pas employer ce traitement avec la même largesse chez tous les sujets, mais c'est un moyen d'une utilité incontestable.

L'émétique dans la pneumonie est également un moyen excellent chez le cheval. Le cheval ne vomit jamais, mais quand on administre de l'émétique, la respiration devient plus facile. Cette ancienne thérapeutique mérite donc d'être reprise.

Je pourrais citer des faits nombreux montrant l'utilité de la révulsion par les vésicatoires ; il faut cependant employer ce moyen avec prudence à cause de l'absorption de la cantharide. Ce moyen est surtout utile dans la pleurésie qui, chez le cheval, est beaucoup plus grave que la pneumonie parce qu'elle est toujours double. On peut employer d'autres vésicants que l'onguent vésicatoire simple, par exemple, l'huile de croton et les pommades mercurielles, on évite ainsi l'absorption de la cantharide et les cicatrices désagréables que laisse le vésicatoire.

M. Huchard. Il est certain que, dans les maladies infectieuses, la saignée agit comme un véritable diurétique. Il en est de même dans les affections cardiaques où la saignée produit une diurèse plus intense que la plupart des diurétiques.

Je partage également l'avis de M. Robin au sujet des vomitifs.

Quant au vésicatoire, il est également très utile, mais produit quelquefois des accidents très graves et même la mort ; il faut donc parler non seulement de l'utilité des vésicatoires, mais aussi de leurs contre-indications. Par exemple, dans un cas d'artério-sclérose avec altération rénale, dyspnée, huit vésicatoires appliqués successivement ont amené une urémie complète et le malade a fini par succomber à des accidents urémiques.

M. Laborde. J'ai étudié expérimentalement l'action du vésicatoire ; il y a deux effets bien séparés. Le vésicatoire peut amener une augmentation d'un épanchement ou en produire un ; un second effet est l'intoxication cantharidienne qui peut se produire avec un seul vésicatoire.

M. Alb. Robin. J'ai voulu défendre le vésicatoire, mais il ne m'est pas venu à l'idée de recommander son usage abusif.

M Ferrand prendra la parole sur le même sujet dans une séance ultérieure.

A 4 h. 20, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 janvier 1897. — Présidence de M. Sevestre.

Imperméabilité rénale et hyperglycémie dans le diabète. — MM. Achard et E. Weil. Nous avons observé un diabétique dont le diabète a été découvert à l'occasion de l'épreuve de la glycosurie alimentaire ; il n'avait ni polyurie, ni polydipsie, ni polyphagie et le sucre urinaire était peu abondant, mais persistant. L'épreuve du bleu de méthylène démontra que la perméabilité du rein était normale lors de l'entrée à l'hôpital. Puis, au bout de six semaines, survint un ictus apoplectique, produit par une hémorragie cérébrale. L'albumine apparut en abondance et une nouvelle épreuve du bleu fit alors constater un retard notable de l'élimination, retard justifié d'ailleurs par les lésions rénales dégénératives rencontrées à l'autopsier. Pendant les derniers jours de la vie, le sucre urinaire avait diminué. Le sang, examiné à ce moment, contenait, par contre, une quantité de sucre considérable : 5 gr. 1 par litre. Les chiffres plus élevés paraissent assez rares.

Il est vraisemblable que, dans notre cas, c'est l'imperméabilité rénale qui a été la cause de l'accumulation du sucre dans le sang et de la diminution de la glycosurie. Nous savons, d'ailleurs, comme l'un de nous l'a montré avec M. Castaigne, que la glycosurie alimentaire, provoquée chez les sujets non diabétiques, peut-être entravée par l'imperméabilité rénale. Habituellement, chez les diabétiques, alors même que la glycosurie est très abondante, l'hyperglycémie reste modérée, parce que les reins permettent l'élimination rapide du sucre versé incessamment dans le sang.

On a beaucoup parlé récemment en Allemagne d'un diabète rénal, qui serait caractérisé par une perméabilité exagérée du rein pour le sucre, entraînant comme conséquence la glycosurie sans hyperglycémie. Cet excès de perméabilité n'a pas encore été démontré directement chez les dia-

bétiques et reste encore une hypothèse. Au contraire, les faits précisément inverses d'hyperglycémie forte avec glycosurie faible par imperméabilité rénale nous semblent bien mieux établis.

Présence du bacille diphtérique dans les organes. — M. Richardière communique, en son nom et au nom de MM. Tollemer et Ullmann, quatre nouveaux faits de présence de bacille diphtérique dans les organes (sang et centres nerveux bulbo-protubéranciels). La présence du bacille de Löffler dans ces organes, signalée pour la première fois par M. Barbier, se trouve confirmée par l'examen de ces nouveaux cas. Ces observations, recueillies dans un court espace de temps, et celle de M. Barbier montrent que la présence du bacille de Löffler dans les organes est relativement fréquente.

Dans un cas, on a pu constater que le bacille de Löffler, qu'on ne trouvait plus, pendant la vie, dans la gorge, existait cependant encore dans le sang, dans les centres bulbo-protubérantiels et dans le poumon. Dans ce cas, le bacille de Löffler se trouvait à l'état de pureté, sans autre microbe, dans le bulbe et dans la protubérance.

Chose remarquable, dans ces quatre faits où le bacille de Löffler a été trouvé dans le bulbe et la protubérance, il n'y a pas eu de paralysie diphtérique.

Sur les formes symptomatiques de la diphtérie. — M. H. Barbier, en son nom et au nom de M. Ullmann, résume de la façon suivante un travail basé sur l'examen clinique et bactériologique de 224 observations de diphtérie. Les examens bactériologiques *post mortem* ont été publiés antérieurement.

La médecine expérimentale permet de réaliser des formes pures de diphtérie dont les caractères objectifs peuvent servir à caractériser des formes semblables chez l'homme. Si celles-ci sont relativement peu fréquentes chez l'homme, le fait tient surtout à ce que la diphtérie est peu inoculable à l'homme et qu'il lui faut des conditions complexes de terrain pour se développer. L'influence de l'inflammation préalable des muqueuses a été démontrée expérimentalement ; l'histoire des diphtéries secondaires dans la rougeole, dans la scarlatine, dans les plaies de vésicatoires, en apporte une preuve de plus.

Il y a cependant chez l'homme une diphtérie *pure*. Ce qui la caractérise cliniquement, c'est moins la fausse membrane que les phénomènes de voisinage et les signes d'intoxication ou d'infection : muqueuse pâle, absence de sécrétions muco-purulentes, absence d'adénopathie, peu ou pas d'albuminurie, peu ou pas de fièvre, mais accélération considérable du pouls et teint pâle et plombé. Sa marche, sous l'influence du sérum, est caractéristique ; elle guérit en deux ou trois jours, et toujours, quelles que soient l'étendue et les localisations des fausses membranes. Le seul danger immédiat de cette forme est la bronchite membraneuse, qui peut ultérieurement, d'ailleurs, favoriser l'infection septique.

L'apparition dans le cours de la maladie évoluant vers la guérison d'accidents inflammatoires (otites, inflammation de la gorge, etc.), constitue un groupe de transition qu'on peut appeler : diphtéries *non modifiées, avec complications*.

Enfin, on peut décrire aussi des diphtéries *modifiées* ou *associées* dans lesquelles l'adjonction effective de microbes septiques pathogènes modifie l'aspect et la marche de la maladie. Selon que les accidents généraux seront graves ou atténués, nous aurons les diphtéries modifiées avec petits accidents septiques, ou *diphtéries associées bénignes*, et les diphtéries modifiées avec grands accidents septiques, ou *diphtéries associées graves*. Ici, la mortalité s'élève à 69 p. 100.

Dans ces cas on doit, toutes les fois que cela est possible, ajouter à la sérothérapie le traitement antiseptique, et on peut le faire sans crainte d'accidents.

Lésions médullaires dans la maladie de Parkinson. — M. Gilbert Ballet. A l'examen histologique de la moëlle d'un malade affecté, depuis sept ans, de maladie de Parkinson et mort accidentellement de pneumonie, j'ai rencontré, indépendamment des lésions déjà décrites par divers auteurs (oblitération du canal central par prolifération de l'épendyme, péri-artérite et foyers circonscrits de sclérose péri-artérielle (Redlich), atrophie avec surcharge pigmentaire des cellules), une fragilité particulière du protoplasma des cellules des cornes antérieures et aussi, quoique à un moindre degré, des cellules des cornes postérieures. Cette fragilité s'est révélée par les innombrables *ruptures de prolongements* rencontrées à la région cervicale comme à la région lombaire. Rien n'autorise à rattacher ces ruptures *uniquement* aux manipulations subies par la moëlle. Je me demande si elles ont une relation autre qu'une relation de coïncidence avec le syndrome de Parkinson.

Toutefois, en dehors des moëlles affectées de myélite aiguë, je n'ai rencontré les ruptures de prolongement, en nombre approchant de celles du cas en question, que dans une seule moëlle ; or, celle-ci appartenait à une malade morte des suites d'un athérome cérébral mais qui, bien que non affectée de paralysie agitante, présentait cependant une physionomie et un aspect Parkinsonniens qui avaient attiré l'attention.

Des examens ultérieurs préciseront, sans doute, la signification et la valeur de la lésion décrite et montreront si, comme l'avançait Gowers récemment, il ne faut pas chercher dans une lésion fonctionnelle des prolongements proto-plasmiques des cellules nerveuses l'explication de la raideur et de l'exagération de tonus musculaire qu'on observe dans la maladie de Parkinson.

Méningite suppurée localisée, due au micrococcus tetragenes. — MM. Lepage et F. Bezançon viennent d'observer un nouveau cas de méningite suppurée mortelle due au micrococcus tetragenes, chez une femme de 32 ans, autrefois syphilitique ; elle a débuté au sixième mois de la grossesse par des ictus épileptiformes qui se sont accompagnés de parésie du membre supérieur gauche. Dans les derniers jours de la grossesse, arrivée à terme, les ictus ont reparu, avec céphalée intense et hémiplégie gauche complète. La malade, pendant tout son séjour à l'hôpital (dix-sept jours), n'a présenté de fièvre que dans les deux derniers jours qui ont précédé la mort.

A l'autopsie, on a trouvé une grosse plaque de méningite suppurée occupant toute la partie inférieure de la région rolandique et la partie postérieure de la région sylvienne droite. MM. Lepage et Besançon insistent beaucoup sur l'allure froide, apyrétique, de l'affection, qui a évolué en trois mois, simulant ainsi une lésion syphilitique. Le tétragène rentre donc dans la catégorie des bactéries pathogènes capables de déterminer des septico-pyoémies mortelles pour l'homme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 janvier 1898. Présidence de M. A. Voisin.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4 par la lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Perrin, membre honoraire, se récusant de faire partie de la Commission du prix Duparcque en raison de son éloignement de nos séances et de sa situation de membre honoraire M. Guépin est nommé en son lieu et place.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux ordinaires. *Revue générale des Sciences pures et appliquées.*

A l'occasion du procès-verbal, une lettre de réponse à M. Abadie par M. le Dr Vigouroux, considérée comme étrangère à la Société, est renvoyée à M. Abadie, qui y répondra par la voie de la presse.

Discussion sur le rapport de la Commission sur les réformes à apporter aux expertises médico-légales. — M. Voisin est absolument d'avis d'admettre les conclusions de M. Martin Durr ; il insiste seulement sur la nécessité absolue, suivant lui, d'initier davantage les étudiants en médecine aux expertises médico-légales, ainsi qu'ils le sont à la pratique des accouchements, en rendant obligatoire le stage de ces étudiants dans l'institut médico-légal. Il pense qu'alors on donnerait une valeur suffisante aux expertises médico-légales.

M. Rougon ne croit pas que l'expert doit être un homme universel, mais qu'on doit faire appel, dans chaque cas, à l'homme compétent dans cette partie.

M. Millet ne pense pas que le stage à l'institut de médecine légale donnerait des experts à même de se prononcer sur les diverses expertises. Il faudrait *spécialiser* les experts ou créer un examen *spécial*, destiné à témoigner de leurs connaissances spéciales dans les diverses branches de la médecine légale.

M. Martin-Durr fait ressortir la différence qu'il y a entre la *pratique* et l'*enseignement*, pour la médecine légale comme pour la clinique. C'est pourquoi il pense qu'il y a davantage à faire pour l'apprentissage du futur docteur dans les diverses questions médico-légales.

Il y a actuellement insuffisance à ce point de vue.

M. Ladreit de la Charrière croit que les erreurs judiciaires ne tiennent pas toujours à l'insuffisance des experts. Il est partisan de la création d'un Institut facilitant l'enseignement, mais il insiste surtout sur la nécessité du *contrôle*. Partout les spécialistes sont consultés.

C'est donc surtout la soumission à une Commission supérieure des divers rapports médico-légaux devant entraîner la peine capitale. Cela existe du reste en Allemagne. La besogne ne serait pas très considérable et serait d'une grande utilité : cette idée existe du reste dans le rapport de M. Martin-Durr.

Les conclusions de la Commission sont lues à nouveau. Elles comprennent les trois propositions suivantes :

1° Créations d'un institut médico-légal.

2° Nécessité des contre-expertises dès le début de l'instruction.

3° Non responsabilité pécuniaire des experts.

Ces diverses propositions sont adoptées à l'unanimité.

D'autres questions, qui n'ont pas eu l'unanimité au sein de la Commission, sont également mises aux voix :

1° Nomination des experts par les médecins du ressort. Ils deviendraient ainsi les élus de leurs pairs.

M. de Ranse ne pense pas que cette idée soit admise par l'autorité supérieure.

M. Ladreit de la Charrière est partisan de la nomination par l'autorité supérieure pour éviter tout favoritisme possible.

M. Martin-Durr craint que la nomination par les juges, si haut placés qu'ils fussent, soit toujours accessible au favoritisme ; c'est pourquoi il insiste sur la nomination par les pairs comme étant plus indépendants.

M. Morau pense que la Société n'a qu'à émettre un vœu de transformation du mode actuel de nomination des médecins experts, sans indiquer de marche à suivre à M. le Ministre de la Justice.

La Société n'accepte pas la nomination des experts par leurs pairs.

Elle admet qu'ils soient nommés par la plus haute personnalité judiciaire du ressort.

Sur la proposition *de création de Commissions supérieures*, destinées à contrôler les rapports médico-légaux, dans toute affaire pouvant entraîner la peine de mort, la Société a voté affirmativement à l'unanimité.

Résumé de la discussion. — La Société de Médecine de Paris appelle l'attention des pouvoirs publics et des corps compétents sur les réformes à apporter aux expertises médico-légales et leur soumet les vœux suivants :

1° *Création d'un Institut médico-légal* ;

2° *Contre-expertise dès le début de l'instruction* ;

3° *Non-responsabilité pécuniaire des experts* ;

4° *Nomination des médecins experts par la plus haute personnalité judiciaire du ressort* ;

5° *Création de commissions supérieures de contrôle* ;

6° *Non-fonctionnarisation des médecins experts.*

M. Castex. **Laryngotomie pour rétrécissement sous-glottique.** (*Sera publié.*)

M. Buret. **Transmission de la syphilis à la troisième génération.** (*Sera publié.*)

A l'unanimité, M. Poyet est nommé membre honoraire et M. de Christmas, membre titulaire.

La séance est levée à 6 heures. *Le secrétaire* : Mouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 28 juin 1897. — Présidence de M. Dromain.

M. Sainton est élu Membre de la Société.

M. Genestéix expose que, comme épilogue au service fait à la Madeleine par les soins du corps médical, en mémoire des victimes de la catastrophe du Bazar de la Charité, un reliquat de 400 francs environ, sur la somme de 2 473 francs que produisit la cotisation des Sociétés médicales, a été versé à la veuve du Dr Rochet qui a reçu en outre un don anonyme de 410 francs.

M. Dauchez lit la fin de l'observation d'un enfant atteint d'érysipèle généralisé traité par les injections de sérum de Marmoreck.

M. Demoulin expose la conduite qu'il a été amené à tenir dans un cas de diphtérie bénigne. — L'enfant d'un de nos confrères était atteint de diphtérie et isolé du reste très rigoureusement par son père. Apprenant l'existence de ce

cas de diphtérie, M. Demoulin s'empressa de prendre quelques mesures préservatrices à l'égard d'un enfant de 6 ans qui habitait la même maison. — Néanmoins, en regardant un matin la gorge de cet enfant, M. Demoulin y vit une plaque blanche recouvrant en partie l'amygdale gauche. L'enfant restant gai, sans fièvre, notre confrère pensa qu'il s'agissait là seulement d'un amas de détritus épithéliaux, fermant une crypte amygdalienne, et non d'une membrane de nature diphtérique, et ne prescrivit aucun traitement visant spécialement la diphtérie. — Pendant l'absence de M. Demoulin, on fit examiner le dépôt de l'amygdale et le résultat de la culture fut que ce dépôt contenait du bacille de Löffler; bactériologiquement il y avait donc diphtérie; cliniquement celle-ci n'existait pas, l'état général restant très bon, aussi M. Demoulin s'opposa-t-il au traitement par le sérum et se contenta-t-il de tenir l'enfant en expectative pendant 15 jours au bout desquels, l'état général restant toujours normal, sans fièvre ni ganglions, l'enfant fut rendu à sa vie habituelle et continua à se bien porter. — La plaque amygdalienne n'avait du reste pas évolué et les badigeonnages n'avaient pas réussi à débarrasser complètement la crypte du bouchon épithélial qui l'obstruait.

Dans des cas semblables où le bacille de Löffler est trouvé dans la gorge (dans laquelle il existe normalement très souvent du reste) et où sa présence ne se traduit par aucun phénomène d'intoxication ni de réaction fébrile, M. Demoulin pense que le traitement par le sérum est inutile et qu'on l'emploie souvent trop à la légère. La diphtérie est une maladie et, par suite, il faut la présence des symptômes qui lui sont propres, pour agir contre elle et la présence du bacille de Löffler ne suffit pas pour créer cette maladie.

M. Furet cite deux cas analogues. Dans le premier de ces cas, notre confrère constata dans la narine d'un enfant la présence d'une énorme fausse-membrane qu'un examen consécutif montra renfermer en abondance le bacille de Löffler. Cette membrane fut retirée facilement, puis la narine badigeonnée avec une solution d'acide lactique à 5 p. 100; on n'eut aucunement recours à la sérothérapie et la guérison survint après quelques simples nettoyages.

Dans le second cas, il s'agissait d'un enfant de 11 ans qui était sur le point de faire sa première communion. Lorsque M. Furet le vit, il avait une narine obstruée par une énorme fausse-membrane, amenant de l'écoulement et dont l'examen montra aussi la nature essentiellement diphtérique. Cette membrane fut retirée facilement en une fois et le même traitement que pour le premier cas eut raison de cette diphtérie nasale. Notre confrère conseilla seulement d'isoler l'enfant un certain temps et de retarder sa première communion, pour éviter toute cause de contagion. Actuellement encore du reste le mucus nasal de l'enfant contient du bacille de Löffler sans que rien cliniquement fasse soupçonner sa présence.

Dans ces deux cas donc il n'y a pas eu maladie et par suite le sérum était contr'indiqué.

M. Bonnefin cite deux cas de diphtérie reconnus cliniquement sans examen bactériologique et qui cédèrent à l'application des topiques sans emploi de sérum.

M. Dauchez partage l'avis de ses confrères. — Le sérum n'est indiqué que lorsqu'il y a infection généralisée et non affection locale, d'autant plus que l'emploi du sérum n'est pas sans danger et amène souvent de l'hyperthermie, de l'érhytème, de l'arthralgie et peut être quelquefois plus nuisible qu'utile. M. Dauchez montre aussi que l'examen bactériologique peut-être fautif et cite le cas d'un examen de membrane, où le laboratoire municipal trouva du streptocoque, tandis que le laboratoire de l'Institut Pasteur ne trouva rien.

M. Demoulin ne trouve pas, comme M. Bonnefin, que l'examen bactériologique doive être écarté, car lorsqu'il vient à l'appui des symptômes pour permettre de diagnostiquer sûrement la diphtérie, l'emploi du sérum peut alors être très utile, car son action est souveraine pour faire détacher très rapidement les fausses-membranes et empêcher leur reproduction.

M. Dromain conclut que malgré les progrès des recherches bactériologiques, il ne faut pas oublier la clinique et que les diphtéries maligne et bénigne d'autrefois répondent toujours aux formes actuelles de la maladie, qu'il faut seulement s'aider du laboratoire, rester dans une expectative armée et n'employer le sérum que lorsqu'il est devenu indispensable.

M. Dauchez croit qu'en tous cas l'isolement de tous les diphtériques s'impose car, bénigne chez un malade, l'affection peut avoir une forme très dangereuse chez un autre à qui il l'a transmise.

M. Pruvost, à propos de l'action peu inoffensive du sérum, rappelle le cas de ce médecin de Berlin, qui injecta préventivement du sérum à son fils qui en mourut.

M. Demoulin a vu un cas de paraplégie succéder à une injection de sérum.

M. Petit insiste encore sur ce que la conduite du médecin doit être réglée et dirigée plus d'après l'évolution des syndrômes cliniques, que d'après le résultat de l'examen bactériologique.

M. Dromain expose qu'après de nombreuses discussions au sein des Sociétés médicales d'arrondissement et au Conseil général au sujet de la création d'un ordre des médecins, l'accord n'a pu se faire. On a donc décidé le maintien du *statu quo*, les litiges d'ordre purement médical trouvant du reste souvent leur solution au sein même des Sociétés, qui ont leur conseil de famille.

M. Génesteix explique que, dans l'esprit de la Commission du Conseil général, chaque Société d'arrondissement formerait, en cas de litige, la 1re juridiction et que le Conseil général de ces Sociétés en formerait la « Cour d'Appel. »

M. Génesteix ajoute que la plupart des Sociétés médicales d'arrondissement, publiant le compte rendu de leurs séances dans des journaux isolés, on avait pensé à créer un Bulletin général de ces Sociétés, idée patronnée par M. Brouardel. Ce Bulletin créerait une sorte de trait d'union entre toutes les Sociétés. La plupart des Sociétés du reste sont favorables à ce projet d'après lequel le Bulletin pourrait être envoyé, moyennant une très légère cotisation (2 fr. par an environ) à tous les membres de chaque Société.

M. Bonnefin trouve que le besoin d'un nouveau Journal médical ne se fait pas sentir.

M. Dromain insiste sur le rôle de trait d'union entre les diverses Sociétés d'arrondissement que ce Bulletin pourrait être amené à jouer, en permettant d'y discuter avec plus d'ensemble et, par suite, d'autorité, les questions ayant rapport à tous les intérêts professionnels.

Un des secrétaires annuels : Dr G. Ancelet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 janvier 1898. — Présidence de M. E. Delens.

Séance solennelle. — M. Delens, président sortant, prend la parole pour rappeler les faits importants qui ont intéressé la Société pendant l'année 1897.

M. Nélaton, secrétaire des séances, lit un rapport très étudié et très écouté, très bien fait, très élégant comme forme et très complet comme fond sur les divers travaux de la Société.

M. Reclus, secrétaire général, de sa voix douce et charmeuse, lit l'éloge de Larrey, un morceau de littérature, finement ciselé et finement conçu, que l'on goûtera à la lecture reposée autant qu'on l'a applaudi à l'audition mélodique.

La séance se termine par l'appel des heureux lauréats des prix distribués par la Société de chirurgie. Prix Demarquay : M. Villière. Prix Laborie : M. Mouchet. Prix Duval : M. Marion.

F. Verchère.

CORRESPONDANCE

Le traitement du goître exophtalmique.

Je crois devoir faire une courte réponse aux objections qui m'ont été adressées par M. Abadie, dans la dernière séance de la Société de Médecine de Paris (8 janvier).

M. Abadie trouve ma pathogénie du goître exophtalmique « obscure et incompréhensible ». C'est beaucoup dire. Je reconnais que l'extrême concision imposée aux résumés de notes académiques en rend souvent la lecture laborieuse. Le résumé auquel il fait allusion est sans doute dans ce cas. Je n'essaierai pourtant pas de donner ici de plus amples explications. Un exposé de la pathogénie basedowienne aura plus naturellement sa place dans une monographie que je me propose de publier bientôt. En attendant on peut lire un aperçu de ma manière de voir dans le *Traité de Thérapeutique* de Manquat (3e édit.), au chapitre « Électrothérapie ».

En second lieu, M. Abadie est d'avis que je suis mal venu à « affirmer que par la faradisation du *sympathique cervical*, j'obtiens des résultats aussi complets et aussi satisfaisants que par la section du sympathique cervical ».

Il y a là plusieurs points qui doivent être examinés séparément. D'abord je n'ai jamais parlé de faradiser le sympathique, mais bien la carotide, ce qui, dans la pratique, constitue une différence essentielle. En effet, dans le mode classique d'électrisation du sympathique cervical, le point d'application est fixe et situé à la hauteur de l'angle de la mâchoire. Dans mon procédé, au contraire, l'électrode est appliquée sur la carotide même, là où elle est le plus accessible, le plus souvent au niveau de l'os hyoïde.

Des trois cas malheureux mentionnés par M. Abadie, deux lui sont personnels; il n'en donne pas les détails; je n'ai donc pas à les discuter. Néanmoins, comme M. Abadie déclare que, chez ses deux malades, il a suivi ponctuellement mes indications, il me permettra de faire mes réserves sur ce point. Il dit, en effet, que ses malades faisaient de l'hydrothérapie; or, je me suis prononcé énergiquement contre l'emploi simultané des douches et de l'électricité. Il ne fait aucune mention de traitement général; or, je le déclare indispensable. Si, de plus, et c'est fort probable d'après ce qui précède, il s'est appliqué à faradiser le sympathique cervical et non les carotides et la glande, on voit qu'il s'est passablement écarté de ma méhode.

Le troisième cas est celui d'un malade que j'ai vu il y a une dizaine d'années et qui était traité par M. Abadie et un autre confrère. Quand je fus appelé, une cornée était déjà perduc et l'autre très menacée (détail à noter, l'exophtalmie était fort peu prononcée). L'indication dominante et urgente était évidemment dans cet état des yeux, et le malade se trouvant déjà entre les mains de deux ophtalmologistes distingués, je ne jugeai pas à propos de parler d'un traitement méthodique du goître exophtalmique, dont le résultat n'aurait pu d'ailleurs être assez prompt et je me bornai à essayer la faradisation carotidienne. Je dis *essayer*, car le malade, extrêmement agité, fit preuve d'une indocilité telle que l'électrisation ne put être faite d'une façon suffisante et le traitement électrique dut être abandonné au bout d'une huitaine de jours. En somme, le cas peut se résumer ainsi : application à peu près illusoire du procédé; emploi simultané d'autres médications; conclusion impossible.

Je suis donc en droit de constater que M. Abadie, pour rejeter mon procédé d'électrisation, se fonde uniquement sur trois cas où ce procédé a été peu ou point mis en œuvre.

Je pourrais m'en tenir là; mais, pour couper court aux discussions de détails rétrospectifs, je consens à accepter comme probantes les observations de M. Abadie et j'admets que la faradisation carotidienne, pratiquée *in extremis*, n'arrête pas la sphacèle de la cornée (1). Il lui reste, pour établir sa thèse, à nous montrer quelques cas où la section du sympathique cervical aurait empêché des perforations imminentes et fait rétrograder des altérations trophiques graves de l'œil, d'origine basedowienne ou non.

Que ressort-il de tout cela? Rien, puisque je n'ai jamais présenté la faradisation carotidienne comme le spécifique des altérations de la cornée, pas plus que je n'ai fait consister tout le traitement du goître exophtalmique dans ce procédé d'électrisation, comme tendrait à le faire croire la communication de M. Abadie. Je tiens à écarter tout malentendu à cet égard.

Sans doute, j'attache une grande importance au procédé complexe que j'ai désigné sous le nom de *faradisation carotidienne*. J'ai montré depuis longtemps qu'il diminue le calibre des artères et le volume de la glande, ce qui est déjà un résultat considérable; mais je n'en fais pas un moyen universel et uniforme. Je le subordonne et l'associe toujours à d'autres moyens, thérapeutiques et hygiéniques, de traitement général. (Voir notamment : *Progrès médical* 1887; Oulmont, *Thérapeutique des Névroses*; Manquat, *Traité de thérapeutique*.)

J'ai toujours pensé, en effet, que le goître exophtalmique est une maladie générale; qu'en présence de ses formes multiples et de ses complications, il est impossible de réduire son traitement à un moyen (médicament ou procédé)

(1) Je note en passant que les troubles trophiques oculaires du goître exophtalmique, fort rares d'ailleurs, n'ont pas fatalement l'issue désastreuse décrite par M. Abadie. J'en ai vu évoluer d'une façon très bénigne.

unique. De même sa pathogénie ne peut se ramener à l'interprétation d'un seul phénomène. En se bornant ainsi à n'envisager qu'un côté des questions, on arrive à des vues simples et aisées à formuler ; mais elles ne peuvent être que partielles et insuffisantes.

Par compensation, je donne une adhésion pleine et entière à un passage de la communication de M. Ababie, celui où il dit réserver l'intervention chirurgicale pour « les formes graves, celles qui ont résisté à tout traitement médical ». Je n'ai jamais demandé autre chose. Reste, il est vrai, à régler l'application du principe. Dans quelles circonstances sera-t-on autorisé à déclarer que le traitement médical a échoué? et quel sera le minimum obligatoire de traitement médical?

R. Vigouroux

Réponse à M. Vigouroux. — J'ai dit que la pathogénie du goître exophthalmique de M. Vigouroux, qui comporte deux intoxications successives, l'une intestinale, l'autre thyroïdienne, se greffant et se superposant l'une sur l'autre, était obscure et incompréhensible ; je dis plus, elle est inadmissible :

1° Parce que si l'intoxication intestinale entrait tout d'abord en jeu, cette affection serait aussi commune chez les hommes que chez les femmes, ce qui n'a pas lieu, les femmes et les jeunes surtout, ce qui plaide encore contre l'arthritisme, étant infiniment plus souvent atteintes que les hommes ;

2° L'intoxication intestinale, étant générale, devrait s'étendre à toute la moelle, et les artères sous-clavières, iliaques, fémorales devraient être animées de battements exagérés. Or il n'en est rien. La région cervicale est la seule où la vaso-dilatation a lieu.

On ne s'expliquerait pas non plus les débuts très souvent subits chez de jeunes femmes à la suite d'émotions violentes, tandis qu'il est d'observation vulgaire de constater dans ces circonstances la vaso-dilatation de la face et du cou.

M. Vigouroux a publié il y a environ douze ans (le temps m'a manqué pour faire la recherche bibliographique exacte) un article, dans le *Progrès médical*, où il affirmait qu'en se conformant aux règles qu'il donnait à cette époque sur la faradisation de la région du symphatique cervical, « on pouvait *toujours* empêcher l'exophthalmie de devenir dangereuse et menaçante pour les cornées. »

C'est en appliquant les règles que M. Vigouroux a indiquées à cette époque que dans deux cas je n'ai pu empêcher les yeux de se perdre. Quant au troisième cas, M. Vigouroux lui-même reconnaît n'avoir pas été plus heureux que moi.

M. Vigouroux attribue ces insuccès à ce que l'on a fait concurremment l'hydrothérapie et l'électrisation. Cela ne satisfera guère ceux qui considèrent l'hydrothérapie comme un bon moyen de traitement et il paraîtra assez étrange qu'il puisse annuler ou aggraver l'action des courants. En ce qui me concerne, je crois que, dans ces cas graves, ni l'hydrothérapie, ni l'électrisation isolées ou combinées ne sont assez puissantes pour conjurer le mal.

A présent, M. Vigouroux me demande de faire la preuve de la supériorité d'action de la section du grand sympathique. Cette preuve la voici. Dans tous les cas où l'on a fait cette opération, les succès ont été d'autant plus éclatants que l'exophthalmie était plus prononcée. Dans le cas rapporté par Reclus et Faure à l'Académie de médecine, c'est en raison d'accidents oculaires graves, menaçants, contre lesquels on proposait la suture des paupières, que la section du sympathique cervical fut pratiquée et fit tout rentrer dans l'ordre.

Ces lésions oculaires si graves ne sont pas aussi rares que le croit M. Vigouroux. J'ai reçu récemment de M. le Dr Deschamps, de Grenoble, l'observation d'une malade chez laquelle l'exophthalmie était tellement menaçante qu'on lui fit la suture des paupières. Elle fut inefficace, on pratiqua alors l'exothyropexie, la malade mourut le lendemain. Mieux eût valu sans doute lui faire la section du sympathique cervical.

Dr Ch. Ababie.

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Concours d'agrégation (*médecine et médecine légale*). — Ont été déclarés admissibles : 1° Paris : MM. Aviragnet, Barbier, Dupré, Méry, de Grandmaison, Péron, Renault, Tessier, Thiroloix et Vaquez. — 2° Province : MM. Beylac, Cabanne, Carrière, Courmont, Daumic, Deléarde, Frenkel, Hobbs, Lamacq, Lyonnet, Nicolas, Papillon, Pairot, Patier, Pic, Raymond, Roux et Vire.

Ordre de passage pour la troisième épreuve (leçon d'une heure après quarante-huit heures de préparation) :

1 Pic, 2 Deléarde, 3 Thiroloix, 4 Daumic, 5 Vires, 6 Lamacq, 7 Hobbs, 8 Raymond, 9 Frenkel, 10 Patoir, 11 Papillon, 12 Roux, 13 Méry, 14 Carrière, 15 Nicolas, 16 Courmont, 17 Vaquez, 18 de Grandmaison, 19 Dupré, 20 Cabannes, 21 Aviragnet, 22 Renault, 23 Baylac, 24 Paviot, 25 Lyonnet, 26 Tessier, 27 Barbier, 28 Péron.

La première leçon a eu lieu lundi, à cinq heures. Deux candidats passent chaque jour.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 26 janvier 1898 : la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté ministériel, en date du 13 janvier 1898, M. le prof. de Nabias est nommé doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, en remplacement de M. le prof. Pitres, nommé doyen honoraire.

Le Président de la République à l'asile Sainte-Anne. — Le président de la République a visité mercredi matin l'asile Sainte-Anne. En la terminant, il a distribué les palmes académiques au Dr Dagonet, médecin-adjoint de l'asile, et au Dr Antheaume, chef de clinique de la Faculté, puis des médailles d'honneur à trois surveillants ou surveillantes.

Hôpital Ricord. — M. le Dr Renault prend le service de M. Mauriac, à l'hôpital Ricord, aux lieu et place de M. le Dr Queyrat.

Corps de santé militaire. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Debaussaux, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, est placé, à dater du 21 janvier 1898, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Par décision ministérielle, en date du 19 janvier 1898, M. Chavasse, médecin principal de deuxième classe, méde-

cin-chef de l'hôpital de Perpignan, est nommé professeur de diagnostic chirurgical spécial à l'École d'application du service de santé militaire.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin de première classe Robert (Constant), médecin-major au 2e régiment d'artillerie de marine à Cherbourg, est réintégré, sur sa demande, dans le service général des officiers de son grade, et affecté à Cherbourg.

M. le médecin de première classe Arami, médecin-major au 3e régiment d'infanterie de marine, à Rochefort, est autorisé à permuter avec M. le médecin de première classe Villette, médecin-major au 13e régiment d'infanterie de marine à Madagascar. Cette permutation aura son effet à compter du 14 février 1898.

MM. les médecins de deuxième classe Souls (F.), du port de Toulon, embarqué sur le *Gabès*, et Chartres, en service à terre à Cherbourg, sont autorisés à permuter.

Des prolongations de convalescence de trois mois, à solde entière, sont accordées à MM. le médecin de première classe Fruitet, pour Paris et Serdinya (Pyrénées-Orientales), et le médecin de deuxième classe Henric, pour Rennes.

Médecins des bureaux de bienfaisance. — Un concours aux places de médecins du traitement à domicile et du service des consultations des bureaux de bienfaisance s'ouvrira le lundi 18 avril 1898.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Aministration centrale, avenue Victoria, 3 (service des Secours à domicile), de onze heures à quatre heures.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 18 mars 1898, quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1° Être de nationalité française et pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de médecine de l'État ;

2° S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

Maroc. — M. le Dr Weissgerber, âgé de trente ans, né à Markirch (Alsace), vient d'être engagé comme médecin attaché à la cour du sultan du Maroc. Comme début, il devra suivre l'armée marocaine dans une campagne contre les Arabes.

Conseil de surveillance de l'Assistance publique. — M. Guadet, administrateur du bureau de bienfaisance du VIe arrondissement de Paris, est nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de M. Pignon, décédé

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 30 janvier, à 9 h. 1/2 du matin dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Mensonges devant la justice. — Au commencement de 1897, une fille était arrêtée avec son amant, d'après des rapports de police, pour complicité dans des manœuvres abortives qui auraient été pratiquées, au cours de trois grossesses, sur cette fille, par Mme Leclerc, sage-femme de la ville, honorablement connue. Au cours de l'instruction, la fille maintient l'exactitude des faits relatés par l'acte d'accusation, et la sage-femme, malgré ses dénégations formelles et réitérées, est jetée en prison. L'affaire est appelée dernièrement devant la Cour d'assises de Coutances. Aux premières questions du président, la fille fait la réponse suivante : « Tout ce que j'ai dit est un tissu de mensonges. J'ai raconté cette histoire pour me venger de mon amant qui m'avait promis le mariage, et aussi de Mme Leclerc qui engageait mon amant à rompre avec moi. » Et elle ajoute que la police et les magistrats l'ont poussé à porter toutes ces accusations contre les codétenus.

Le docteur Renaut, appelé comme expert par le juge d'instruction, déclare *que les désordres constatés sur la fille accusée ne peuvent être attribués d'une façon directe à des manœuvres abortives.* Le docteur Rouffet, *contre-expert de la défense, conclut très hardiment qu'il n'y a eu ni avortement, ni homicide par imprudence.* On apprend de plus que ce serait avec un agent de police que l'accusée et une de ses amies auraient combiné cette histoire.

Enfin le 8 octobre, à onze heures du matin, le verdict du jury est rendu. Il y a acquittement général. Mme Leclerc n'en a pas moins *fait cinq mois de prison préventive !* et à deux heures du matin, le premier jour, le juge d'instruction l'a fait renfermer à la prison de Cherbourg, dans le cachot où avait été placé *Auber*, cet assassin qui avait déposé à la gare de Couville le cadavre de sa victime contenu dans une malle et qui y fut arrêté en venant la réclamer. Mme Leclerc y est restée trois jours, au secret, ne pouvant voir ni sa famille, ni sa fille âgée de treize ans ! Elle a perdu au moins 5.000 francs, sans parler du préjudice fait à sa considération ! Le juge d'instruction qui a présidé à l'affaire vient d'être nommé juge à la cour de Rouen, c'est une récompense sans doute. (*Courrier médical*).

L'affaire Dida et le capitaine Dreyfus. — Le médecin peut-il fournir un renseignement utile dans l'affaire Dreyfus ? Peut-être.

En parcourant l'acte d'accusation lu par M. le commandant d'Ormeschville au premier Conseil de guerre qui condamna le capitaine en 1895, je trouve ces lignes :

« Dreyfus était joueur, débauché, etc.; il eut pour maîtresse madame Dida qui passait pour donner de l'argent à ses amants... »

Or je puis, comme médecin, fournir sur ce point des renseignements précis.

Madame Dida est cette malade fort intéressante qui fut assassinée en 1890 par un pseudo-russe du nom de Vladimirof.

Depuis 1885, début de sa maladie jusqu'à sa mort, cette dame a reçu mes soins. Il est utile de rappeler les faits en quelques lignes. Je ne crains pas de violer le secret professionnel, puisque toutes ces circonstances ont été l'objet d'un débat public à la Cour d'assises de Versailles qui a condamné Vladimirof en novembre 1890.

Devenue morphinomane par l'exemple de son mari en 1883, madame Dida était arrivée à l'état de morphinomanie aiguë en mai 1885, lorsqu'elle me fut amenée par sa famille pour tenter sa guérison. Après divers traitements, je l'envoyai dans une petite ville d'eau des Pyrénées, puis dans la jolie station hivernale de Saint-Rapaël, tant pour la soustraire à l'excitation des milieux parisiens, que pour pouvoir la surveiller plus étroitement.

Elle était beaucoup mieux au commencement de l'année 1886, lorsque nous eûmes la mauvaise idée de vouloir subs-

tituer la cocaïne à la morphine pour achever sa guérison. La malade ayant pu se procurer de la cocaïne à notre insu, abusa de ce médicament et fut prise du délire aigu des cocaïnomanes. Je dus la ramener immédiatement à Paris où elle fut internée dans la maison de santé de M. le Dr Goujon.

J'eus la satisfaction d'obtenir la guérison par la suppression brusque dont je suis partisan. Mme Dida fut remise en liberté au bout de quelques semaines, guérie de sa morphinomanie, mais encore fort excitable.

Je conseillai à son père de la surveiller étroitement.

A la fin de l'année 1886, Mme Dida donna de nouveau quelques signes de dérangement d'esprit. Je l'attribuai à un retour à la morphine. Son père me dit que sa fille avait l'air de rechercher un jeune officier, ce qui ne pouvait être qu'un symptôme morbide étant données son éducation et ses habitudes. Voici le langage qu'il me tint : « J'ai reçu il y à quelques jours la visite d'un jeune officier qui me dit de mieux surveiller ma pauvre malade ; cet officier avait remarqué les avances dont il était l'objet et s'était aperçu qu'il avait à faire à une malade ; il n'a pas voulu en profiter ; *j'ai trouvé sa conduite tout à fait chevaleresque.* »

Or ce jeune officier était le capitaine Dreyfus.

La pauvre Mme Dida ne fut jamais guérie ; elle subit de nombreux traitements et, finalement, fut assassinée par Vladimirof, qui avait abusé d'elle pendant qu'elle était pensionnaire dans l'établissement du Dr Keller.

Je fus cité comme témoin devant les assises de Versailles avec le Dr Motet et tant d'autres qui avaient approché la victime. Dreyfus fut également cité et le président des assises le complimenta pour la conduite fort digne qu'il avait tenue près de Mme Dida.

Voici les faits ; il faut les rétablir, non seulement parce qu'ils ont été faussement présentés, mais qu'il importe de ne pas laisser ternir la mémoire de Mme Dida, qui a laissé des enfants.

Dussé-je être accusé d'appartenir au syndicat, je puis donc affirmer que Mme Dida n'a jamais été la maîtresse de Dreyfus et qu'il n'a jamais reçu d'argent d'elle.

Le fait avancé par M. le commandant d'Ormescheville dans son acte d'accusation est donc inexact ; il est même très fâcheux pour la famille Dida qu'il ait été rappelé au public ; on ne peut cependant en accuser le rapporteur, puisque celui-ci ignorait que ce document allait être rendu public.

On voit donc que le médecin pouvait fournir un petit renseignement dans l'affaire Dreyfus ; il n'est pas très important, mais il nous a paru digne d'être signalé dans l'intérêt de la vérité (*Journ. de méd. de Paris*).

Les ordonnances en Angleterre. — M. Labouchère demande qu'une loi oblige les médecins à typographier leurs ordonnances, pour en faciliter et en assurer la fidèle exécution.

M. Labouchère explique que cette idée lui a été inspirée par la confession d'un pharmacien, qui lui a avoué qu'en présence d'une ordonnance peu lisible, il essayait toujours de s'en tirer le mieux qu'il pouvait, et que lorsque l'ordonnance était absolument illisible, il délivrait le médicament qu'il jugeait le meilleur.

Ce pharmacien fantaisiste doit avoir lu le *Homard* de Gondinet, à moins qu'il ne l'ait inspiré.

Ce qui est certain, c'est que les médecins de Londres qui se respectent écrivent toujours leurs ordonnances en abrégé et qu'ils ne les signent que de leurs initiales. (*Journ. de med. de Paris.*)

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise avec le concours de l'Agence des Voyages économiques diverses excursions permettant de visiter (tous frais compris) les unes : Nice, au moment du carnaval (17 au 24 février : 300 fr.) ; Nice, l'Italie et la Corse (17 février au 4 ou 18 mars : 815 à 915 fr.), les autres : l'Egypte, la Palestine, la Syrie, l'Asie Mineure et Constantinople (du 9 février au 16 mars, 30 mars, 20 et 24 avril : de 1.950 à 4.300 fr. suivant les itinéraires choisis).

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux des Voyages économiques, 10, rue Auber, ou 17, faubourg Montmartre, à Paris.

Nécrologie. — Le Dr Prosper de Pietra-Santa, directeur du *Journal d'hygiène* et secrétaire perpétuel de la Société française d'hygiène, qu'il avait créée, ancien médecin par quartier de l'empereur Napoléon III, dont il était quelque peu parent, ancien médecin inspecteur des eaux minérales de la Seine, vient de mourir à Saint-Cloud, à l'âge de 77 ans. Reçu docteur dans une université italienne, il avait fêté, il y a trois ou quatre ans, le cinquantenaire de son doctorat.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de l'annoncier. — Annuaire général de la publicité et de la réclame (2e fascicule), 100 pages. Prix 1 franc. 18, rue Favart, Paris.

Lexique formulaire des Nouveautés médicales, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 336 pages, cartonné. Prix. 3 fr. — J.-B. Baillière et Fils.

Aérothérapie et bains d'air comprimé, par le Dr Paul Delmas, de Bordeaux, in-8° 21 p. — Paris, O. Doin, 1897.

Charles Mendel, éditeur, 118, rue d'Assas, Paris.

Agenda du photographe et de l'amateur pour 1898 (4e année). — Indispensable à toutes les personnes qui s'occupent de photographie. Cet agenda comporte : 1° *Une Partie technique*, Recettes, Formules, Procédés, Renseignements divers ; 2° *Une Revue de l'Année* ; 3° *Une Partie littéraire* ; 4° *Une Partie humoristique* ; 5° *Une Partie commerciale.*

Le tout forme un bel ouvrage grand format, avec plus de 200 pages de texte et nombreuses gravures et planches hors texte. — Prix : **1 franc** (*franco* 1 fr. 60).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.
LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

MÉNOPAUSE, — MENSTRUATION (Troubles de la). — **Capsules ovariques Vigier.** — *Dose* : 2 à 6 capsules par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*